重要なお知らせ

料金後納郵便

新型コロナウイルスワクチン接種券 在中

新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

ここから開封してください

新型コロナウイルスワクチン接種に関する重要なお知らせ

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

年齢等により接種いただける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらの接種券は大切にお持ちください。

★ 予防接種を受けられる医療機関等のリストは、厚生労働省のホームページ等をご覧ください。
★ 予防接種は、当日の体調や基礎疾患等で受けられない可能性もあります。
また、接種後、副反応が発生するおそれもありますので、必ず医師と相談してください。

令和3年6月23日

各　　　位

町　長
（公　印　省　略）

新型コロナウイルスワクチン接種券の送付及び予約等のご案内

町では、新型コロナウイルス感染症の発症及び重症化予防のためのワクチン接種を行います。

同封書類をよくお読みになり、接種を希望される方は期日までにお申し込みください。

記

1　今回ご案内の対象者と申し込み期間

対象者	詳細	申込期間
基礎疾患を有するもの	別紙参照。予約時に該当の基礎疾患を申告して頂きます	6月28日(月)~7月6日(火)
60歳以上64歳以下	昭和32年4月2日~昭和37年4月1日生まれ	6月28日(月)~7月6日(火)
50歳以上59歳以下	昭和37年4月2日~昭和47年4月1日生まれ	6月29日(火)~7月7日(水)

＊予約方法によって、申し込み締め切り日が変わります。詳細は裏面をご覧ください。

＊満12歳以上49歳以下の方については、国からのワクチン供給量が確保され次第改めてご案内します。それまで接種券等を大切に保管してください。

2　接種日等

1回目接種日	2回目接種日	受付時間	留意点	
7月14日（水）	8月4日（水）	午前9時から11時/午後1時から4時 ＊30分毎の枠で区切っています。定員数も決まっています。	1回目と2回目の間隔は標準的には21日となっています。1回目と、2回目の時間は同じになります。	無料循環バスをご利用になる方は併せて予約してください（別紙案内用紙参照）
7月15日（木）	8月5日（木）			
7月20日（火）	8月10日（火）			

例）7月14日（水）9時に予約した場合
- 受付時間は9時から9時30分の間
- 2回目の接種日時は8月4日（水）9時

＊接種当日は、受付から終了まで約1時間かかります。当日の申し込み数によって多少前後します。

裏面へ

3　予約方法

① 電話での予約

【新型コロナウイルスワクチン接種相談・予約受付窓口】
平日　午前９時～午後５時
＊申し込み期間の６月 28 日から７月７日までは午後７時まで受付

＊電話が混雑して繋がらない場合は、恐れ入りますが時間をおいて改めてお掛け直しください。対象者分のワクチンは確保しておりますのでご安心ください。

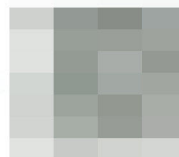
◎予約受付後にすぐに書きましょう（本人保管用）

1回目接種予約受付日時 月　日（　）　時　分　～　時　分
2回目接種予約受付日時 月　日（　）　時　分　～　時　分

② 二次元バーコードまたはURLから予約

＊予約日時の決定は郵送でお知らせします（7月７日予定）。
日時について大まかに第3希望まで入力できますが、ご希望に添えない場合もありますので予めご了承ください。**②での申し込み期限は７月４日**になります。

URLから

二次元バーコード　右のバーコードを読み取ってアクセス可能

③ FAX

①、②でのお申込みが困難な方の予約を受け付けます。日時の希望はとれず、当センターで調整させていただきます。決定日時は７月９日頃に郵送等でお知らせします。

＜接種は強制ではありません＞
ワクチン接種による感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について理解したうえで、自らの意志で接種を受けていただきます。受ける方の同意なく、接種が行われることはありません。現在、病気で治療中の方や、体調などの接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談のうえ、接種を受けるかどうかお考えください。その他、接種後の副反応の詳細については、広報６月号折り込みチラシの裏面または、接種券同封書類をご覧ください。

【　センター内　新型コロナウイルスワクチン接種相談・予約受付窓口】

別紙

【基礎疾患を有する者】　＊昭和32年4月2日以降に生まれた方

▣ 基礎疾患を有する方の確認方法

- 予約の際に、基礎疾患の疾患名または次の番号（1～15）をお伝えください。
- 1～14は医師から診断を受けて治療中または経過観察中であること。診断書等の証明書は必要ありません。
- 接種の際に、予診票の質問事項に記載してください（重い精神疾患や知的障害の方の場合は、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療受給者証、療育手帳を持参してもよいですが、予診票等によって確認することも可能です）。

▣ 1～14については通院又は入院している方

1 慢性の呼吸器の病気
2 慢性の心臓病（高血圧を含む）
3 慢性の腎臓病
4 慢性の肝臓病（脂肪肝、慢性肝炎は除く）
5 糖尿病（内服薬かインスリンを使用中。または他の病気を併発している糖尿病）
6 血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）
7 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む）
8 ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
9 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
10 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
11 染色体異常
12 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
13 睡眠時無呼吸症候群
14 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

15 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

- BMI（体格指数）の求め方：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）
- BMI30の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

接種に関する注意事項　～必ずお読みください～

1　持ち物

☐　新型コロナワクチン**接種券**（**台紙からはがさない**）

＊接種券を忘れた場合は当日に接種できません

☐　予診票（事前に記入しておく。**当日の朝の体温**を記入）

＊接種券と予診票は郵送時の封筒に入れたまま持参

☐　被保険者証、運転免許証等の氏名等を確認できるもの。受付ですぐに出せるようにしてください。

2　要予約、時間厳守

☐　要予約。予約なしで当日会場に来た場合は接種できません。

☐　時間厳守。早く来た場合は密を避けるために会場の外でお待ち頂く場合もあります。

3　キャンセルについて

☐　ご自身の接種日1回目・２回目の予定や体調を確認しつつ、**不要なキャンセルが無いよう**にご注意ください。ワクチン供給量が限られており、不要な破棄等を防ぐためにご協力ください。

4　服装

☐　二の腕（主に左）に接種するため、**肩を出しやすい**服装。

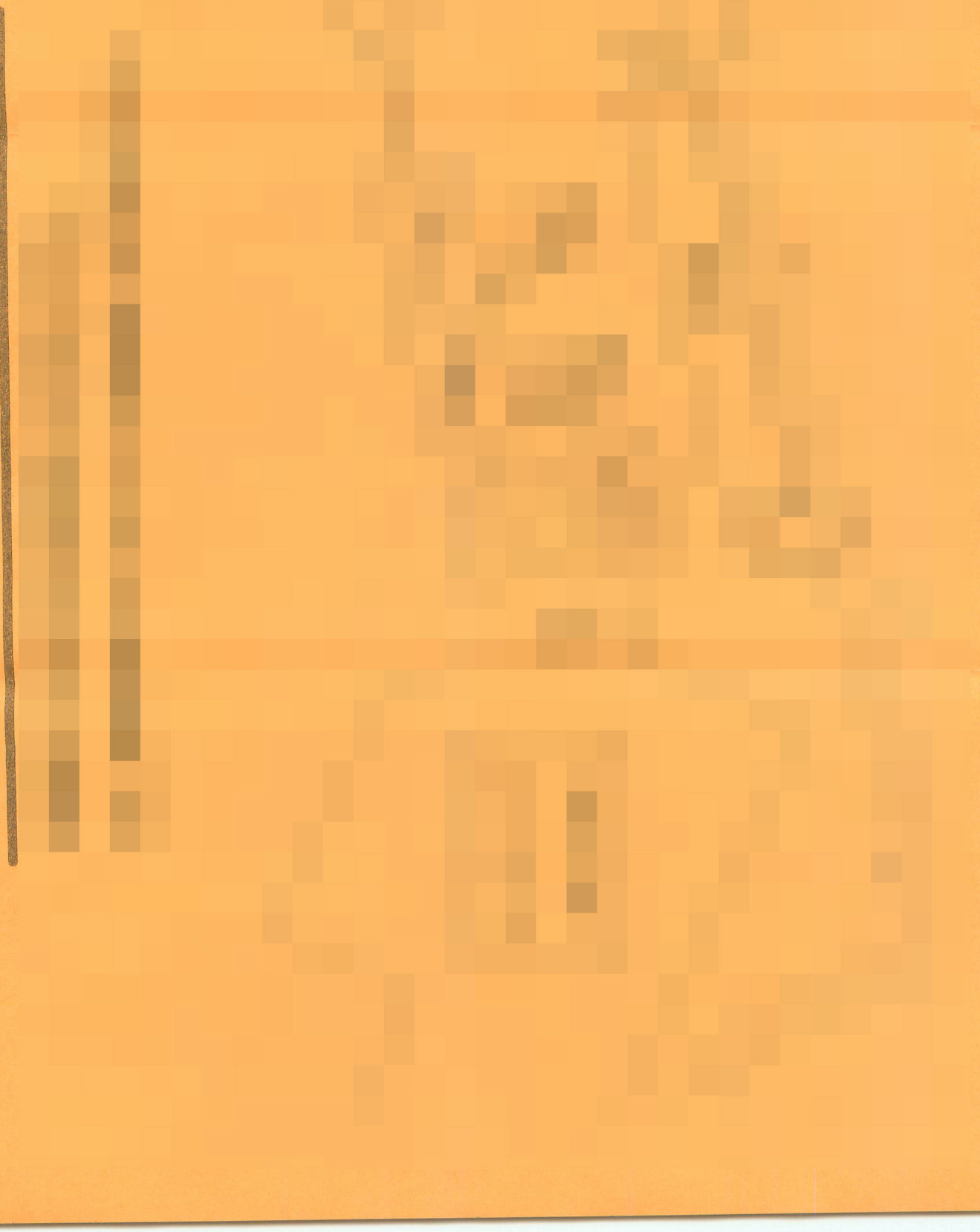
5　接種後の状態観察

☐　接種後に副反応がでる場合があるため**15分から30分**は会場で状態を観察します。

6　町相談窓口以外での相談先のご紹介

- 厚生労働省新型コロナウイルスワクチンコールセンター
  0120-761-770（午前9時から午後9時まで　平日・土日・祝日）
- 北海道ワクチン接種相談センター（副反応等に関すること）
  0120-306-154（午前9時から午後5時半まで　平日・土日・祝日）
- ファイザー新型コロナウイルスワクチン専用ダイヤル（ワクチンの具体的なこと）

新型コロナワクチン接種　**駐車場案内図**

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社製

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは 16 歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約 95%と報告されています。）

販売名	コミナティ®筋注
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	2 回（通常、3 週間の間隔） ※筋肉内に接種
接種対象	16 歳以上（16 歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1 回 0.3 mL を合計 2 回

- 1 回目の接種後、通常、3 週間の間隔で 2 回目の接種を受けてください。（接種後 3 週間を超えた場合は、できるだけ速やかに 2 回目の接種を受けてください。）
- 1 回目に本ワクチンを接種した場合は、2 回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2 回目の接種を受けてから 7 日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 明らかに発熱している人（※1）
- 重い急性疾患にかかっている人
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※1）明らかな発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- 過去に予防接種を受けて、接種後 2 日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15 分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は 30 分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。(急に起こる副反応に対応できます。)
- 注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。
- 当日の激しい運動は控えてください。

副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要となる手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種により mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	✧ トジナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）
添加物	✧ ＡＬＣ－０３１５：［（4-ヒドロキシブチル）アザンジイル］ビス（ヘキサン-6,1-ジイル）ビス（2-ヘキシルデカン酸エステル） ✧ ＡＬＣ－０１５９：2-［（ポリエチレングリコール）-2000］-N,N-ジテトラデシルアセトアミド ✧ ＤＳＰＣ：1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ✧ コレステロール ✧ 塩化カリウム ✧ リン酸二水素カリウム ✧ 塩化ナトリウム ✧ リン酸水素ナトリウム二水和物 ✧ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚労　コロナ　ワクチン　検索

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

接種券				
券　種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先				
券番号				
氏　名				

診察したが接種できない場合				
券　種	1	予診のみ	1	回目
請求先				
券番号				
氏　名				

券　種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先				
券番号				
氏　名				

券　種	1	予診のみ	2	回目
請求先				
券番号				
氏　名				

接種を受ける方へ

●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時)
Certificate of Vaccination for COVID-19

1回目	
接種年月日	メーカー／Lot No.（シール貼付け）
年　月　日	
接種場所	

2回目	
接種年月日	メーカー／Lot No.（シール貼付け）
年　月　日	
接種場所	

氏　名	
住　所	
生年月日	

町長

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県 道県		市区町村	
フリガナ 氏　名		電話番号	(　　　) —	
生年月日(西暦)	年　月　日生(満　歳)	□男・□女	診察前の体温	度　分

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合　1回目:　月　日、2回目:　月　日)	□はい	□いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	□はい	□いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	□はい	□いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等　□65歳以上　□60～64歳　□高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:　)	□はい	□いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病　名:□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□血液疾患　□血が止まりにくい病気　□免疫不全 □その他(　) 治療内容:□血をサラサラにする薬(　)□その他(　)	□はい	□いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	□はい	□いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。　病名(　)	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状(　)	□はい	□いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	□はい	□いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの(　)	□はい	□いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類(　)　症状(　)	□はい	□いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	□はい	□いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。　種類(　)　受けた日(　)	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ	

医師記入欄		
	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(□可能・□見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 □ 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(□接種を希望します・□接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年　月　日　被接種者又は保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日　※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	□.□ ml	実施場所 医療機関等コード 医師名 接種年月日　※記入例) 4月1日→04月01日 202□年□□月□□日

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

（クーポン貼付）

住民票に記載されている住所	都道府県　市区町村
フリガナ / 氏名	電話番号（　）　－
生年月日（西暦）	年　月　日生（満　歳）　□男・□女　診察前の体温　度　分

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。（接種を受けたことがある場合　1回目：　月　日、2回目：　月　日）	□はい	□いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	□はい	□いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	□はい	□いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。□医療従事者等　□65歳以上　□60〜64歳　□高齢者施設等の従事者　□基礎疾患を有する（病名：　）	□はい	□いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。病　名：□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□血液疾患　□血が止まりにくい病気　□免疫不全　□その他（　）　治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□はい	□いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	□はい	□いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。　病名（　）	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　）	□はい	□いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	□はい	□いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。薬・食品など原因になったもの（　）	□はい	□いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。種類（　）　症状（　）	□はい	□いいえ	
現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか。または、授乳中ですか。	□はい	□いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。　種類（　）　受けた日（　）	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（□可能・□見合わせる） 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 □ 被接種者は6歳未満である（該当する場合は塗りつぶしてください）	医師署名又は記名押印

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（□接種を希望します・□接種を希望しません）

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年　月　日　被接種者又は保護者自署

（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）
（※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署）

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日　※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください （注）有効期限が切れていないか確認	□.□ ml	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日　※記入例）4月1日→04月01日 202□年□□月□□日